



ارائه مدل عوامل موثر بر اجرای یکپارچه آمیخته بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت

عظیم زارعی^۱ / داوود فیض^۲ / مصطفی رضایی راد^۳

چکیده

مقدمه: بسیاری از بیماری‌ها از رفتارها و نگرش‌های نامطلوب ناشی می‌شود. از طرفی بازاریابی اجتماعی فرآیندی است که از اصول بازاریابی تجاری به منظور تأثیرگذاری بر رفتارهای مخاطب هدف بهره می‌برد. سازمان‌های سلامت می‌توانند با اجرای آمیخته بازاریابی اجتماعی، رفتارهای نامطلوب را اصلاح نموده و از بروز بسیاری از بیماری‌ها جلوگیری نمایند. این تحقیق با ارائه‌ی مدلی مفهومی به دنبال تبیین عوامل موثر بر اجرای آمیخته بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت می‌باشد. روش کار: از روش تحقیق کمی مبتنی بر رویکرد پیمایشی بهره برده شد. ۶۷ نفر از خبرگان حوزه مدیریت سلامت در دانشگاه علوم پزشکی همدان در زمستان سال ۱۳۹۴ نظیر اساتید رشته‌های مدیریت سلامت و مدیریت بهداشت حرفه‌ای، به عنوان جامعه آماری انتخاب شدند و پرسشنامه استاندارد با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در بین آن‌ها توزیع شد. از معادلات ساختاری و نرم افزار پی‌ال‌اس به منظور تحلیل مدل و فرضیه‌ها استفاده شده است.

یافته‌ها: شاخص‌های برازش نظیر (مطلق: ۰/۷۹۷، نسبی: ۰/۹۴۵، مدل بیرونی: ۰/۹۹۸ و مدل درونی: ۰/۹۴۶) از تایید مدل مفهومی در پیش بینی تمایل رفتاری از طریق آمیخته بازاریابی اجتماعی حکایت دارند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که با اجرای آمیخته بازاریابی اجتماعی از طریق منابع مرتبط با سازمان و با افراد می‌توان بر تمایلات رفتاری افراد تاثیر گذاشت.

نتیجه گیری: با اجرای آمیخته بازاریابی اجتماعی می‌توان موجب اقدامات پیشگیرانه شد. با معرفی منابع مرتبط با سازمان و منابع مرتبط با افراد به عنوان عوامل موثر در اجرای یکپارچه آمیخته بازاریابی اجتماعی مشخص شد این عوامل از طریق خلق ارزش بر تمایلات رفتاری افراد تاثیر می‌گذارند.

کلید واژه‌ها: آمیخته بازاریابی اجتماعی، خلق ارزش، مدیریت سلامت، تمایل رفتاری

• وصول مقاله: ۹۴/۱۲/۰۸ • اصلاح نهایی: ۹۵/۰۸/۰۱ • پذیرش نهایی: ۹۵/۰۹/۰۲

۱. دانشیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت، اقتصاد و علوم اداری، دانشگاه سمنان، ایران؛ نویسنده مسئول (a_zarei@semnan.ac.ir)

۲. دانشیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت، اقتصاد و علوم اداری، دانشگاه سمنان، ایران

۳. دانشجوی دکتری بازاریابی بین الملل، دانشکده مدیریت، اقتصاد و علوم اداری، دانشگاه سمنان، ایران

تداوم تغییر رفتار از طریق تغییر سیاست‌های کلان می‌باشد [۱۱]. به طور کلی عوامل موثر بر اجرای اثر بخش آمیخته بازاریابی اجتماعی به دو بخش کلی عوامل مرتبط با سازمان و عوامل مرتبط با افراد تقسیم می‌شود [۱۲]. عوامل مرتبط با سازمان در اجرای اثربخش آمیخته بازاریابی اجتماعی، منابع سازمانی نامیده می‌شود [۱۳]. محققان به کیفیت اجرایی، کیفیت تکنولوژی و کیفیت ارتباطی به عنوان مهم‌ترین منابع سازمانی اشاره نموده‌اند [۱۴]. کیفیت اجرایی به نحوه اجرای خدمت و فرآیندهایی اشاره دارد که مخاطبین با آن‌ها در تعامل هستند [۱۵]. معیار کیفیت تکنولوژی به صلاحیت فنی ارائه دهنده خدمت و سایر جنبه‌های خدمت‌رسانی نظیر تخصص کارکنان اشاره دارد [۱۶]. عامل کیفیت ارتباطی به دوسویه بودن روابط بین عرضه کننده خدمت و دریافت کننده خدمت اشاره دارد [۱۷]. عامل دیگر موثر بر اجرای اثر بخش آمیخته بازاریابی اجتماعی در بخش سلامت، عوامل مرتبط با جامعه هدف می‌باشد [۱۲]. مهم‌ترین عوامل مرتبط با جامعه هدف در اجرای اثر بخش آمیخته بازاریابی اجتماعی همکاری جامعه هدف، تمایلات انگیزشی و تحمل تنش می‌باشد [۱۴]. عامل همکاری اشاره به مشارکت جامعه هدف در ارائه خدمت و خلق بازده نهایی حاصل از تعامل افراد با سازمان دارد [۱۸]. عامل تمایل انگیزشی به میزان انگیزه افراد به منظور جهت بخشی به تلاش و کوشش خود اشاره دارد [۱۹]. این عامل به برانگیختگی جامعه هدف در دستیابی به اهداف تعیین شده اشاره دارد [۲۰]. عامل تحمل تنش به توانایی مقاومت در برابر رویدادها و موقعیت‌های هیجانی بدون درجا زدن اشاره دارد [۲۱]. عوامل مرتبط با سازمان و عوامل مرتبط با جامعه هدف از طریق خلق ارزش در جامعه‌ی هدف بر تمایل رفتاری تاثیر می‌گذارند [۱۲]. خلق ارزش در نهادینه سازی نگرش و رفتار پیشنهادی بازاریابی اجتماعی بسیار اهمیت دارد [۲۲]. ارزش به عنوان مفهومی ذهنی مطرح می‌شود که از مقایسه منافع به دست آمده فرد با هزینه‌های متحمل شده حاصل می‌شود [۲۳]. به طور کلی مفهوم ارزش به عنوان یک عامل چند بعدی در دو بعد کارکردی و احساسی مطرح می‌شود [۲۴]. ارزش کارکردی به ارزش‌گذاری‌های منطقی افراد از

در سال‌های گذشته بنابر آمارهای ارائه شده، شیوع بسیاری از بیماری‌ها از رشد چشمگیری برخوردار بوده است. این در شرایطی است که با اصلاح بسیاری از نگرش‌ها و رفتارهای نامطلوب، می‌توان از بروز این بیماری‌ها جلوگیری نمود. یکی از بهترین راهکارها به منظور تغییر رفتارهای نامطلوب حوزه سلامت، برنامه‌های بازاریابی اجتماعی می‌باشد [۱]. رهیافت بازاریابی اجتماعی، فرآیندی است که از اصول و فنون بازاریابی تجاری به منظور تأثیرگذاری بر رفتار مخاطبین هدف در پذیرش یک ایده، ترویج یک رفتار اجتماعی مطلوب یا ترک رفتار اجتماعی نامطلوب به صورت داوطلبانه بهره می‌برد [۲]. در چند سال اخیر در زمینه بازاریابی اجتماعی پیشرفت قابل ملاحظه‌ای حاصل شده است [۳]. امروزه بیش از هر زمان، سازمان‌های مرتبط با سلامت عمومی نیازمند اجرای اثربخش برنامه‌های بازاریابی اجتماعی هستند [۴]. به همین دلیل استفاده از برنامه‌های بازاریابی اجتماعی به منظور پیشگیری از بیماری‌های شایع و بهبود رفتارهای بهداشتی در حال گسترش است [۵]. کارکرد موثر بازاریابی اجتماعی را در محورهای نظیر تغذیه سالم [۶]، کنترل بیماری‌های ایدز [۷] و کاهش مصرف سیگار [۸] می‌توان دید. نکته قابل توجه این است که بسیاری از سازمان‌های بخش سلامت، به بازاریابی اجتماعی تنها به عنوان تبلیغ می‌نگرند. در حالی که اثربخشی بازاریابی اجتماعی در طراحی و اجرای همه جانبه‌ی برنامه‌های نهادینه‌سازی رفتارهای مطلوب نهفته است [۹]. طراحی و اجرای برنامه‌های نهادینه سازی رفتار از طریق بازاریابی اجتماعی نیاز به ابزارهایی دارد که این ابزارها آمیخته بازاریابی اجتماعی نامیده می‌شوند [۱۰]. آمیخته بازاریابی اجتماعی عبارت از محصول، قیمت یا همان هزینه‌ی فرد بابت انجام رفتار نامطلوب، توزیع به معنای در دسترس قرار دادن ایده، ترویج به معنای ارائه اطلاعات در مورد ارزش ایده و تشویق افراد، عمومیت به معنای مورد توجه قرار دادن مخاطبان هدف و گروه‌های تاثیرگذار بر تصمیمات، شراکت به معنای سازمان‌های با اهداف مشابه در کنار هم و سیاستگذاری به معنای

سودمندی دریافت شده از محصولات و خدمات اشاره دارد [۲۵]. این ارزش بیانگر منافع موجود در کالا یا خدمت و یا ایده نو می‌باشد [۲۶]. ارزش احساسی با ترکیبی از عواطف و احساسات از محصولات، خدمات و ایده‌ها نشأت می‌گیرد [۲۷]. با شکل‌گیری ارزش احساسی و کارکردی می‌توان بر تمایلات افراد تاثیر گذاشت [۲۶]. همچنین از تمایلات رفتاری می‌توان به منظور پیش بینی رفتار افراد بهره گرفت [۲۷]. از آنچه گفته شده می‌توان نتیجه گرفت که می‌توان از طریق تدوین، اجرا و ارزیابی آمیخته بازاریابی اجتماعی با خلق ارزش، تمایلات رفتاری جامعه هدف را تغییر داد [۲۸]. خلاء پژوهشی تحقیق در این است که در بیشتر مطالعات صورت گرفته در حوزه بازاریابی اجتماعی در بخش سلامت، بازاریابی اجتماعی تنها به یک عنصر از آمیخته بازاریابی اجتماعی یعنی تبلیغ توجه می‌شد اما در این مطالعه به مجموعه آمیخته بازاریابی اجتماعی به طور یکپارچه توجه شده است و اذعان می‌شود با بکارگیری منابع مبتنی بر سازمان و جامعه هدف می‌توان زمینه اجرای اثربخش آمیخته بازاریابی اجتماعی را در بخش سلامت فراهم آورد [۲۹]. از این رو هدف اصلی این مطالعه بررسی چگونگی تاثیرگذاری منابع مبتنی بر سازمان و منابع مبتنی بر جامعه هدف بر آمیخته بازاریابی اجتماعی و همچنین بررسی چگونگی تاثیرگذاری آمیخته بازاریابی اجتماعی بر تمایلات رفتاری از طریق خلق ارزش در حوزه سلامت می‌باشد.

روش کار

با استفاده از روش تحقیق کمی مبتنی بر روش پیمایشی فرضیه‌های تدوین شده مورد آزمون قرار گرفت. همچنین نوع مطالعه کاربردی می‌باشد. چراکه از نتایج تحقیق به منظور بهبود وضعیت بهداشت و سلامت جامعه می‌توان سود جست. در پژوهش حاضر از پرسشنامه استاندارد به عنوان ابزار گردآوری داده‌ها استفاده شده است. برای رسیدن توافق

جمعی بین خبرگان، استادان و دانشجویان دکتری و کارشناسی ارشد رشته‌های مدیریت سلامت و مدیریت بهداشت حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی همدان و هم چنین اساتید و دانشجویان کارشناسی ارشد رشته مدیریت دانشگاه بوعلی سینا (به دلیل آشنایی با نقش بازاریابی اجتماعی و گردشگری سلامت) به عنوان جامعه آماری انتخاب شدند. در انتخاب جامعه آماری فرض بر این بوده که اساتید و دانشجویان دکترای رشته‌های مدیریت سلامت و مدیریت بهداشت حرفه‌ای در زمینه مفاهیم و متغیرهای تحقیق، آشنایی داشته‌اند که این امر منجر به افزایش دقت و اعتبار یافته‌های تحقیق می‌گردد. از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده است. همچنین از جدول مورگان به منظور تعیین حجم نمونه استفاده شده است. از این رو، پرسشنامه استاندارد برای ۷۵ نفر از اعضای جامعه آماری توزیع شد که از بین ۶۹ پرسشنامه بازگشتی، ۶۷ پرسشنامه قابل استفاده بود و در تحلیل‌های آماری معادلات ساختاری مورد استفاده قرار گرفتند.

گفتنی است علیرغم این که که از پرسشنامه استاندارد استفاده شده است به منظور بومی سازی و تطبیق با فرهنگ کشور از روش ظاهری روایی و به منظور ساده سازی مفاهیم و کلمات از روش روایی محتوایی با اخذ نظرات متخصصین مدیریت دانشگاه بوعلی و علوم پزشکی همدان استفاده شد. البته جهت بررسی شاخص روایی محتوا از روش والتز و باسل استفاده شد [۳۰]. میزان شاخص سی‌وی‌آی ((CVI)) برابر با ۰/۸۲ محاسبه شد که قابل قبول می‌باشد. همچنین از روایی سازه در قالب تحلیل عاملی استفاده شد که در بخش یافته‌ها به آن اشاره شده است.

گفتنی است در جدول شماره یک به منبع پرسشنامه‌های استاندارد تحقیق همراه با میزان پایایی آن‌ها اشاره شده است. ضریب آلفای کرونباخ حاصل شده حکایت از میزان مطلوب پایایی پرسشنامه تحقیق دارند.

جدول ۱: منابع پرسشنامه استاندارد

متغیر	گویه	نویسنده	آلفای کرونباخ برای پایایی
ارزش کارکردی	۴ سؤال	[۲۴] Sweeny, Soultar (2001)	۰/۹۱
ارزش احساسی	۷ سؤال	[۹] Lefebvre(2011)	۰/۹۳
کیفیت اجرایی	۴ سؤال	[۱۵] Dagger , et al.(2007)	۰/۸۹
کیفیت تکنولوژی	۳ سؤال	[۱۵] Dagger , et al.(2007)	۰/۸۶
تمایل رفتاری	۶ سؤال	[۱۵] Dagger , et al.(2007)	۰/۹۱
کیفیت ارتباطی	۴ سؤال	[۳۰] Sanchez ,Iniesta(2006)	۰/۹۲
تمایل انگیزشی	۴ سؤال	[۳۰] Sanchez ,Iniesta(2006)	۰/۸۵
همکاری مخاطبین	۳ سؤال	[۳۱] Stephen, et al.(2015)	۰/۸۸
تحمل تنش	۴ سؤال	[۳۱] Stephen, et al.(2015)	۰/۹۰

یافته ها

مدل اندازه‌گیری از طریق تحلیل عامل تأییدی صورت می‌پذیرد. نتایج اولین مرحله تحقیق در جدول دو آمده است. با توجه به معیار فرنل و لاکر [۳۵] برای بارهای عاملی بزرگتر از ۰/۵، منطبق با جدول دو تمامی مولفه‌ها دارای بار عاملی بین ۰/۵۰ و ۰/۸۶۳ می‌باشند، که تأیید سوالات را نشان می‌دهد.

در دومین مرحله یعنی تعیین مدل ساختاری، ابتدا شاخص‌های برازش بررسی می‌شوند. شکل شماره یک نشان دهنده مدل ساختاری برازش یافته است و شدت روابط بین متغیرها را روشن می‌سازد. هرچه مقدار شاخص‌ها به یک نزدیکتر باشد، برازش بهتر مدل را نشان می‌دهند - [۳۶].

مدل‌های مدل بیرونی با میزان ۰/۹۹۸ مشابه شاخص اندازه‌گیری و مدل درونی با میزان ۰/۹۴۶ مشابه تحلیل مسیر در مدل‌های معادلات ساختاری، نمایانگر مطلوبیت برازندگی کیفیت مدل می‌باشند.

جدول سه نتایج حاصل از آزمون فرضیات را در قالب ضرایب مسیر همراه با سطح معنی داری نشان می‌دهد. با توجه به مقادیر معناداری که در جدول سه آمده است می‌توان اذعان نمود در مدل برازش یافته تمامی روابط بین متغیرها از لحاظ آماری معنادار بوده و فرضیه‌های اصلی پژوهش در مدل مفهومی، همه تأیید شدند.

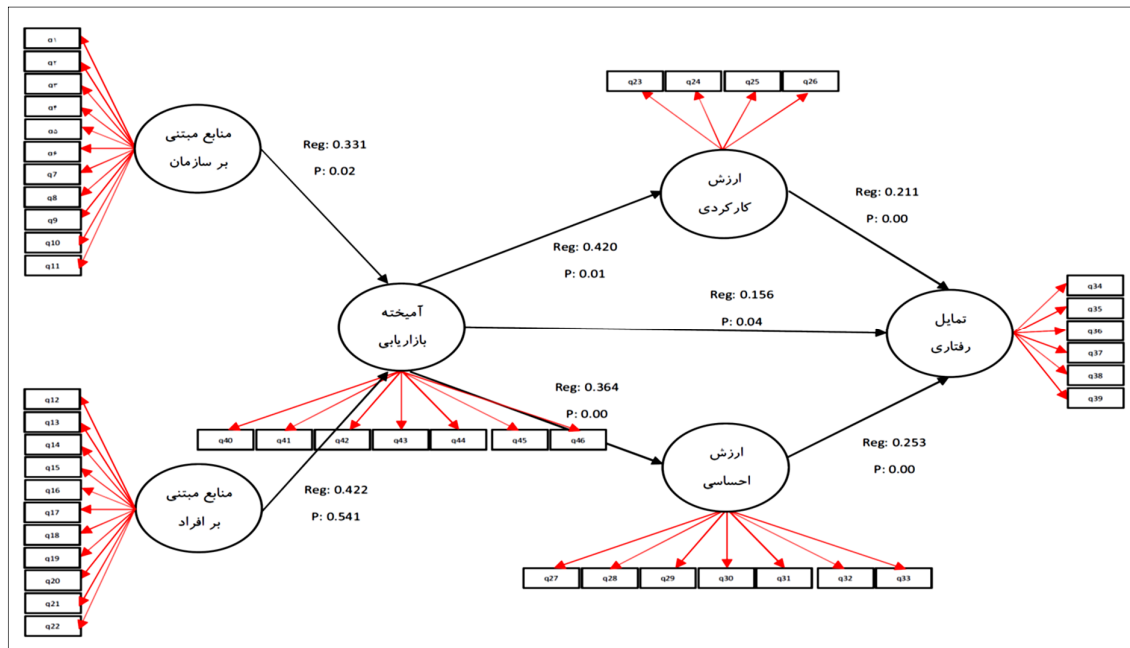
در این پژوهش از مدل‌یابی معادلات ساختار با کمک روش حداقل مربعات جزئی و نرم افزار پی‌ال‌اس (SmartPLS)، جهت آزمون فرضیات و صحت مدل استفاده شده است (شکل یک و جدول دو). روش حداقل مربعات جزئی تلاش می‌کند تا اختلاف بین کوواریانس‌های نمونه و آنچه که مدل نظری پیشبینی کرده است را حداقل کند [۳۱]. مدل‌یابی به کمک پی‌ال‌اس در حوزه‌های متنوع از جمله حوزه‌ی منابع انسانی کاربرد دارد [۳۲]. پی‌ال‌اس در مقایسه با تکنیک‌های مشابه نیاز به شروط کمتری دارد [۳۱]. البته مزیت اصلی آن در این است که به تعداد کمتری از نمونه نیاز دارد [۳۳]. پی‌ال‌اس محدودیت حجم نمونه ندارد و نمونه انتخاب شده می‌تواند برابر یا کمتر از ۳۰ باشد [۳۴]. پی‌ال‌اس در شرایطی که تعداد نمونه‌ها و آیتم‌های اندازه‌گیری کم است مطرح می‌شود. [۳۴]. مدل‌یابی پی‌ال‌اس در دو مرحله انجام می‌شود، در اولین مرحله، مدل اندازه‌گیری از طریق تحلیل عامل تأییدی بررسی می‌شود و در دومین مرحله، مدل ساختاری به وسیله‌ی برآورد مسیر بین متغیرها و تعیین شاخص‌های برازش مدل بررسی شود [۳۷]. همانگونه که مطرح شد در اولین مرحله مدل‌یابی تعیین

جدول ۲: بارهای عاملی و پایایی مرکب

پایایی مرکب	بار عاملی	گویه‌ها	پایایی مرکب	بار عاملی	گویه‌ها	
ارزش کارکردی	۰/۸۶۳	۲۳- کیفیت مناسب خدمت	کیفیت اجرا	۰/۹۱۳	منابع مبتنی بر سازمان	
	۰/۵۳۰	۲۴- نحوه ارائه خدمت		۰/۸۱۰	۱- کیفیت سیستم اداری	
	۰/۶۱۸	۲۵- استاندارد قابل قبول خدمت		۰/۷۵۲	۲- استاندارد بودن سیستم اداری	
	۰/۷۳۴	۲۶- نظم در ارائه خدمت		۰/۷۹۱	۳- اعتماد به سیستم اداری و اجرایی	
ارزش احساسی	۰/۶۱۶	۲۷- ایجاد حس امنیت	کیفیت فنی	۰/۷۳۰	۴- حمایت از طرف مدیران ارشد	
	۰/۷۲۳	۲۸- ایجاد حس راحتی		۰/۶۲۶	۵- کیفیت فنی خدمات	
	۰/۶۲۱	۲۹- ایجاد حس ایمنی		۰/۷۳۰	۶- استاندارد بودن سیستم فنی	
	۰/۸۰۳	۳۰- ایجاد حس خوشحالی		۰/۶۲۶	۷- تحت تاثیر قرار دادن خدمات	
	۰/۷۸۳	۳۱- ایجاد حس راحتی		کیفیت ارتباطی	۰/۸۵۰	۸- مورد اعتماد بودن خدمات
	۰/۵۳۴	۳۲- ایجاد حس خلاصی از درد			۰/۸۲۸	۹- روابط کارکنان با مخاطبین
	۰/۶۸۵	۳۳- ایجاد حس غرور			۰/۸۱۶	۱۰- روابط کارکنان با افراد سازمان
تمایل رفتاری	۰/۵۵۰	۳۴- پیشنهاد مشتریان به دیگران	همکاری مخاطبین	۰/۷۱۱	۱۱- احساس کارکنان و مشتری	
	۰/۶۷۰	۳۵- اطلاع از خدمات و رفتار پیشنهادی		۰/۹۰۴	منابع مبتنی بر افراد	
	۰/۶۸۰	۳۶- تمایل به ادامه رفتار		۰/۶۶۷	۱۲- اطلاع مشتری از خدمات	
	۰/۶۱۸	۳۷- تمایل به کنار گذاشتن رفتار		۰/۵۶۷	۱۳- اطلاع مشتری از مکان خدمات	
	۰/۷۲۱	۳۸- پیگیری توصیه‌ها در مورد رفتار		۰/۶۹۱	۱۴- اطلاع مشتری از وظایف	
	۰/۶۹۹	۳۹- استرس مشتریان		تمایل انگیزشی	۰/۷۵۳	۱۵- اطلاع مشتری از برنامه‌ها
۰/۶۱۱	۴۰- کالا، خدمت یا ایده برای عرضه	۰/۷۱۱	۱۶- همکاری مشتری با کارکنان			
۰/۷۲۳	۴۱- هزینه رفتار و نگرش نامطلوب	۰/۶۳۴	۱۷- تسهیل رفتار از سوی مشتری			
۰/۷۴۵	۴۲- فعالیت‌های دسترسی به ایده	۰/۷۱۱	۱۸- چگونگی پاسخ به سوالات مشتریان			
آمیخته بازاریابی اجتماعی	۰/۷۶۶	۴۳- ارائه اطلاعات در مورد ارزش ایده	تحمل تنش	۰/۷۱۱	۱۹- درخواست مشتری از کارکنان	
	۰/۸۱۱	۴۴- توجه قرار دادن مخاطبان هدف		۰/۷۶۱	۲۰- نحوه مواجه شدن با مشکلات	
	۰/۸۰۵	۴۵- سازمان‌های جامعه با اهداف مشابه		۰/۸۶۳	۲۱- باور مشتری به مشکلات	
	۰/۷۲۱	۴۶- تداوم تغییر رفتار از طریق سیاست‌های کلان		۰/۷۶۱	۲۲- باور مشتریان به آرامش	

جدول ۳: خلاصه نتایج آزمون فرضیه‌ها - روابط مستقیم متغیرها

نتیجه آزمون	سطح معناداری	عدد معناداری	ضریب استاندارد	روابط
معناداری	۰/۰۲	۶/۱	۰/۳۳	تاثیر منابع مبتنی بر سازمان بر آمیخته بازاریابی اجتماعی
معناداری	۰/۰۰	۷/۹	۰/۴۲	تاثیر منابع مبتنی بر افراد بر آمیخته بازاریابی اجتماعی
معناداری	۰/۰۰	۶/۱	۰/۳۶	تاثیر آمیخته بازاریابی اجتماعی بر ارزش احساسی
معناداری	۰/۰۱	۱۰/۷	۰/۴۲	تاثیر آمیخته بازاریابی اجتماعی بر ارزش کارکردی
معناداری	۰/۰۰	۳/۴	۰/۲۵	تاثیر ارزش احساسی بر تمایل رفتاری
معناداری	۰/۰۰	۲/۹	۰/۲۱	تاثیر ارزش کارکردی بر تمایل رفتاری
معناداری	۰/۰۴	۳/۱	۰/۱۵۶	تاثیر آمیخته بازاریابی اجتماعی بر تمایل رفتاری



شکل ۱: الگوی معادله ساختاری (مدل ساختاری و مدل های اندازه گیری)

کشور به بازاریابی اجتماعی به عنوان یک فرآیند به هم پیوسته و یکپارچه توجه شده و چگونگی اجرای آمیخته بازاریابی اجتماعی در بخش سلامت مورد بررسی قرار گرفت.

بدین منظور مبتنی بر ادبیات تحقیق دو مفهوم منابع مبتنی بر سازمان و جامعه هدف به عنوان عوامل موثر در اجرای یکپارچه آمیخته بازاریابی اجتماعی معرفی شدند. در این راستا فرضیه اول و دوم تحقیق بر پایه بررسی تاثیرگذاری منابع سازمانی و مبتنی افراد بر آمیخته بازاریابی اجتماعی شکل گرفت که مورد تایید واقع شد. نتیجه این مطالعه با یافته زندان و راسل و لادویج [۲] و [۱۴] منطبق می باشد. بنابراین می توان اذعان نمود با بهره گیری از مولفه های منابع سازمانی یعنی کیفیت اجرا، کیفیت تکنولوژی و کیفیت ارتباطی می توان آمیخته بازاریابی اجتماعی را به طور اثربخش اجرا نمود. به طور مثال، با تسهیل سازی در ارائه خدمات حوزه سلامت و یا طراحی خدمات مناسب و به جا، بهبود دانش، مهارت و شایستگی سازمان های ارائه دهنده ی خدمت و ایده، بهبود

بحث و نتیجه گیری

بنابر با آمار سند تحول نظام سلامت در امور بهداشت، وضعیت سلامتی کشور چندان مساعد نمی باشد [۳۷]. در حالی که رشد روزافزون مشکلات و بیماری ها برآمده از رفتارها و نگرش های نادرست افراد می باشد. از این رو مطرح شد که از اصول بازاریابی اجتماعی به منظور تغییر در نگرش ها و رفتارهای نامطلوب در بخش سلامت می توان بهره برد. البته از بررسی مطالعات انجام شده در داخل کشور چنین برداشت می شود که بیشتر تحقیقات صورت گرفته در زمینه ی بازاریابی اجتماعی بر ضرورت و تاثیر آن تاکید و کمتر به چگونگی اجرای آن توجه دارند. از سوی دیگر با مروری بر مطالعات می توان به این نتیجه رسید که بیشتر مطالعات، در جهت بهره مندی مناسب از بازاریابی اجتماعی نگرشی راهبردی ندارند و بازاریابی اجتماعی را تنها در بحث تبلیغات خلاصه می نمایند [۲۹]. لذا با توجه به تحقیقات انجام شده، در این مطالعه برای اولین بار در

کارکردی در مخاطبین، تمایلات رفتاری آن‌ها را در راستای بهبود سلامت خود و جامعه بهبود بخشید.

در نهایت بایستی اذعان نمود نهادینه سازی رفتار از طریق اصول بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت تنها از طریق تبلیغات میسر نمی‌شود و نمی‌توان این‌گونه وضعیت سلامت کشور را بهبود بخشید و بایستی به منظور رهایی از بحران سلامتی در کشور، از مدل آمیخته بازاریابی اجتماعی به طور یکپارچه بهره برد.

تشکر و قدردانی

لازم به ذکر است این مقاله حاصل بخشی از رساله تحت عنوان طراحی مدل فرآیندی بازاریابی اجتماعی در توسعه گردشگری سلامت ایران در مقطع دکتری در سال ۱۳۹۵ می‌باشد. گفتنی است در این مطالعه تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله شرط امانت و صداقت مورد توجه قرار گرفته است.

استانداردهای فنی پیاده‌سازی خدمت و ایده و همچنین بهبود ارتباط تعاملی با مخاطبین از طریق رسانه‌های مختلف و نوآورانه می‌توان با تاثیرگذاری بر اجرای آمیخته بازاریابی اجتماعی بر تمایل رفتاری افراد تاثیر گذاشت.

در فرضیات دوم تا پنجم مطالعه، بررسی تاثیرگذاری اجرای آمیخته بازاریابی اجتماعی بر تمایل رفتاری، ارزش احساسی و ارزش کارکردی مخاطبین شکل گرفت که البته منطبق با یافته‌ی مطالعاتی نظیر زیندان [۱۴]، یانگ و همکاران [۶]، نادیا [۹] و کرت و آروبو [۲۲] مورد تایید هم واقع شد. مبتنی بر این یافته می‌توان بیان نمود با بهره‌گیری از مولفه‌های آمیخته بازاریابی اجتماعی می‌توان در مخاطبین ارزش احساسی و کارکردی ایجاد نمود و بر تمایل رفتاری آن‌ها اثر گذاشت. به طور نمونه با تشویق افراد به مشارکت سازنده در ارائه خدمت، جهت بخشی به انگیزه افراد به منظور تلاش و کوشش در بهبود رفتارها و نگرش‌ها و آموزش‌های مناسب در زمینه مدیریت تنش و استرس می‌توان با تاثیرگذاری بر ارزش احساسی و عملیاتی مخاطبین و البته تمایل رفتاری آن‌ها آمیخته بازاریابی اجتماعی را به گونه‌ی اثربخش اجرا نمود.

البته فرضیاتی در راستای بررسی تاثیرگذاری ارزش احساسی و ارزش کارکردی بر تمایلات رفتاری افراد شکل گرفت که منطبق با یافته زیندان [۱۴] و راسل و لادویج [۲] تایید شد. در حقیقت با خلق ارزش در ذهن افراد در مورد یک پدیده و یا ایده می‌توان انتظار داشت که بر میزان و جهت تمایلات رفتاری افراد اثر معناداری داشته باشد. فرضیات پایانی مطالعه به دنبال بررسی نقش واسطه ارزش احساسی و کارکردی در تاثیرگذاری منابع سازمانی و جامعه هدف بر تمایلات رفتاری بود که به استناد تحلیل آماری منطبق با مطالعاتی نظیر زیندان [۱۴]، یانگ و همکاران [۶]، نادیا [۹] و کرت و آروبو [۲۲] تایید شد. از این رو می‌توان چنین تصور کرد که به منظور اجرای یکپارچه آمیخته بازاریابی اجتماعی در سازمان‌های مرتبط با بخش سلامت بایستی به منابع سازمانی و منابع جامعه هدف توجه نمود تا از طریق هم‌افزایی این منابع موجب خلق ارزش در ذهن افراد شد و با ایجاد ارزش احساسی و

References

1. Guidry JP, Waters RD, Saxton GD. Moving social marketing beyond personal change to social change: Strategically using Twitter to mobilize supporters into vocal advocates. *Journal of Social Marketing* 2014; 4(3): 240 - 260.
2. Ludwig TD, Buchholz C, Clarke SW. Using social marketing to increase the use of helmets among bicyclists. *Journal of American College Health* 2005; 54(1): 51-58.
3. Rezaei H, Keshavarz N. [Social Marketing Approach in Health Sector: Study review]. *Journal of health education and promotion of health* 2014; 1(1): 109-123. [Persian]
4. Chapman D, Rudd R, Moeykenz BA. Social Marketing for Public Health. *Journal of Health Affairs* 1993; 12(2): 105-125.
5. Lefebvre RC. An integrative model for social marketing. *Journal of Social Marketing* 2011; 1(3): 54-72.
6. Young L, Anderson J, Beckstrom L, Bellows L. Using social marketing principles to guide the development of a nutrition education initiative for preschool-aged children. *Journal of Nutrition Education Behavior* 2004; 36(5): 250-257.
7. Meekers D. The role of social marketing in sexually transmitted diseases/HIV protection in 4600 sexual contacts in urban Zimbabwe. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2011; 15(2): 285-287.
8. Lowry RJ, Hardy S, Jordan C. Using social marketing to increase recruitment of pregnant smokers to smoking cessation service: a success story. *Journal of Public Health* 2004; 118(4): 239-43.
9. Nadia Z. Examining the impact of experience on value in social marketing. *Journal of Social Marketing* 2013; 3(3): 257- 274.
10. Barrutia JM, Echebarria C. Networks: a social marketing tool. *European Journal of Marketing* 2013; 47(1/2): 324 - 343.
11. Kotler P, Lee N. *Social marketing: Influencing behaviours for good*. Publication of Sage: Thousand Oaks; 2008.
12. Russell R, Previte J, Zainuddin N. Conceptualising value creation for social change management. *Journal of Australasian Marketing* 2009; 17(4): 211-218.
13. Arli D, Thiele S, Lasmono H. Consumers' evaluation toward tobacco companies: implications for social marketing. *Journal of Marketing Intelligence & Planning* 2014; 33(3): 276 -291.
14. Zainuddin N. The value of health and wellbeing: an empirical model of value creation in social marketing. *European Journal of Marketing* 2013; 47(9):1504 - 1524.
15. Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research* 2007; 10(2): 123-142.
16. Zarei E. Service quality of hospital outpatient departments: patients' perspective. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2015; 28(8): 778 - 790.

17. Brady MK, Cronin J. Some new thoughts on conceptualising perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing* 2001; 65(3): 34-49.
18. Auh S, Bell S, McLeod CS. Co-production and customer loyalty in financial services. *Journal of Retailing* 2007; 83(3): 359-370.
19. Nguyen D, Nguyen P, Tran HM. Marketers' psychological capital and performance: The mediating role of quality of work life, job effort and job attractiveness. *Asia-Pacific Journal of Business Administration* 2014; 6 (1): 36 – 48.
20. Mills PK, Hall JL, Leidecker J.K, Margulies N. A model for professional service organisation. *Academy of Management Review* 1983; 8(1): 108-117.
21. Lengnick CA, Claycomb V. From recipient to contributor: examining customer roles and experienced outcomes, *European Journal of Marketing* 2000; 34(3/4): 359-383.
22. Carrete L, Arroyo P. Social marketing to improve healthy dietary decisions: Insights from a qualitative study in Mexico. *Qualitative Market Research: An International Journal* 2014; 17(3): 239 – 263.
23. Amatulli C, Angelis M. The influence of corporate social responsibility on consumers' attitudes and intentions toward genetically modified foods: evidence from Italy. *Journal of Cleaner Production* 2016; 112(4): 2861-2869.
24. Sweeny JC, Souttar G. Consumer perceived value: the development of multiple item scale. *Journal of Retailing* 2001; 77(2): 203-212.
25. Sawhney P. Value creation through enriched marketing-operations interface. *Journal of operations management* 2000; 20(2): 259-272.
26. Fandos JC, Sanchez J, Moliner MA, Monzonis JL. Customer Perceived value in banking services. *International Journal of Bank Marketing* 2006; 24(1): 266-283.
27. Vargo SL, Maglio PP, Akaka MA. On value and value co-creation: a service systems and service logic perspective. *Journal of European Management* 2008; 26(3): 145-152.
28. Ludwig TD, Buchholz C, Clarke SW. Using social marketing to increase the use of helmets among bicyclists. *Journal of American College Health* 2005; 54(1):51-58.
29. Hasangholoi T, Anooshe M, Hosseini A. [Social marketing, approach to changing attitudes towards conscription period]. *Journal of Quarterly socio-cultural strategy* 2015; 12(1): 69-83. [Persian].
30. Stephen GS, Dani JB, Srinivas S. Redefining social marketing: beyond behavioural change, *Journal of Social Marketing* 2015; 5(2): 160 – 168.
31. Sanchez R, Iniesta MA. Consumer perception of value: literature review and a new conceptual framework. *Journal of Consumer Satisfaction* 2006; 19(40): 67-81.
32. Korte R, Li J. Exploring the organizational socialization of engineers in Taiwan. *Journal of Chinese Human Resource Management* 2015; 6(1): 33 – 51.
33. Stanimirovic R, Hanrahan S. Examining the dimensional structure and factorial validity of

- the Bar-On Emotional Quotient Inventory in a sample of male athletes. *Journal of Psychology Sport and Exercise* 2012; 13(1): 44-50.
34. Yuka F, Charmine E, Hartel F. Towards a diversity justice management model: integrating organizational justice and diversity management. *Journal of Social Responsibility* 2013; 9(1): 148 – 166.
35. Chen C, Huang JW. Strategic human resource practices and innovation performance - The mediating role of knowledge management capacity. *Journal of Business Research* 2009; 62(2): 104–114.
36. Diamantopoulos A. The error term in formative measurement models: interpretation and modeling implications. *Journal of Modelling in Management* 2006; 1(1): 7 – 17.
37. Wen S. Linking Bayesian networks and PLS path modeling for causal analysis. *Journal of Expert Systems with Applications* 2010; 37(2); 134–139.
38. Mohammadi H. The moderating role of individual and social factors in Internet banking loyalty: an exploratory study. *Journal of Transforming Government: People, Process and Policy* 2014; 8(3): 420 – 446.
39. Sarmad Z. [Moderator and mediator variables: strategic and conceptual distinction]. *Journal of Psychological Research* 2000; 34(5): 63–81. [Persian].
40. Aminolroaei M, Shahshahani H. [Comparison of patients' satisfaction and medical staff in after the implementation of healthcare reform]. The first International Conference on Accounting, Management and Economics 2015; Esfahan. [Persian].

Designing a Model of Factors Affecting the Implementation of Integrated Social Marketing Mix in Health Care

Zarei A¹/ Feyz D²/ Rezaei Rad M³

Abstract

Introduction: Many health problems are caused by inappropriate behavior and attitudes. On the other hand, social marketing process uses commercial marketing principles and techniques to influence individual's behavior. Health sector organizations can, therefore, correct undesirable behaviors and attitudes by effective implementation of social marketing programs, thus prevent the risk of many diseases. This study presents a conceptual model to explain the factors affecting the implementation of an integrated social marketing mix in the field of health.

Methods: This study uses a quantitative methodology based on survey technique. For this purpose, 67 experts in the field of health management at Hamedan University Of Medical Sciences were selected using random sampling. Data were collected using a standard questionnaire. Structural equation and Smart Pls software have been used for the model analysis and hypothesis testing.

Results: Fitting indexes (including outer model: 0.998, inner model: 0.946, absolute index: 0.797, and relative index: 0.945) confirmed the conceptual model to predict the tendency of behavior through social marketing mix. It was also found that implementing social marketing mix can influence behavioral tendencies by means of sources associated with the organization and resources related to individuals as the independent variables and emotional value and functional value as the intermediate variables.

Conclusion: The integrated implementation of social marketing mix can help people develop voluntary preventive measures. This study identified resources associated with both the organization and the people as factors influencing the individuals' behavioral tendencies through value creation.

Key Words: Social marketing mix, Value creation, Health management, Behavioral tendencies.

• Received: 27/Feb/2016 • Modified: 22/Oct/2016 • Accepted: 29/Nov/2016

-
1. Associate professor of Department of Business Management, Faculty of Economics, Management and Administrative Sciences, Semnan University, Semnan, Iran; Corresponding author (a_zarei@semnan.ac.ir)
 2. Associate professor of Department of Business Management, Faculty of Economics, Management and Administrative Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
 3. PhD Student of Business Management, Faculty of Economics, Management and Administrative Sciences, Semnan University, Semnan, Iran